

FICHE DE SANTE

NOM Prénom

Date de naissance CLASSE

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Allergie(s) :

Votre enfant présente t-il une déficience (auditive, visuelle,...) , un handicap physique ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période, veuillez préciser le type de handicap, le traitement suivi.

Votre enfant présente-t'il des troubles de l'apprentissage ?

☐ Dyslexie

☐ dysorthographe

☐ Dyscalculie

☐ dysphasie

☐ Dyspraxie

☐ autre :

Y-a-t-il un suivi par un(e) orthophoniste ?

En cours ☐ Arrêté à ce jour ☐ Aucun ☐

Y-a-t-il eu dans les classes précédentes mise en place de :

☐ PAI joindre le PAI signé

☐ PAP joindre tous bilans (orthophonique, psychologique, neurologique, psychomoteur...)

☐ PPS joindre le PPS et le GEVA-SCO

☐ Demande d'aménagements d'épreuves joindre la notification

☐ AESH joindre la notification

Souhaitez-vous faire un dossier de demande d'aménagements d'épreuves pour les examens ?

Oui ☐ Non ☐

Un dossier MDPH a-t-il été constitué ?

Oui ☐ (année :) Non ☐

Traitement(s) :

Les traitements doivent impérativement être remis à la Vie Scolaire avec l'ordonnance.
(Art. 4 du règlement intérieur).

Si vous avez des informations confidentielles, les remettre sous pli cacheté à l'attention de l'infirmière de l'établissement.